



# CONTRATO DE ELEGIBILIDAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ ID de Hogar #: \_\_\_\_\_

Mediante la firma, yo certifico lo siguiente:

- ✓ Yo entiendo y he leído los 'Derechos y responsabilidades' de un participante de WIC.
- ✓ Yo entiendo que mi nombre, el nombre de mi hijo(s), dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento podrán ser compartidos por los empleados de WIC a los siguientes programas para poder determinar la elegibilidad de mi familia para coordinación de cuidados con servicios adicionales:
  - Departamento de Asistencia Transicional – Beneficios SNAP (Cupones de Alimentos)
  - Programa Head Start/Early Head Start
  - Departamento de Salud Pública - Programa de prevención de envenenamiento por plomo en la infancia
- ✓ Yo entiendo que siendo una mujer posparto, mi dirección y/o número de teléfono podrán ser dados al Sistema de Monitoreo de Riesgos para Embarazadas del Departamento de Salud Pública para invitarme a completar una encuesta sobre el embarazo.

Estos Programas usaran mi información de WIC solamente para WIC y su Programa. Ellos no van a comunicar mi información de WIC con otros sin mi permiso escrito o como lo requiera la ley. Estos programas han aceptado que mantendrán mi información de WIC confidencial.

ADVERTENCIA: LA LEY ESTATAL ESTABLECE QUE: M.G.L. c. 266, 67B, Reclamaciones FALSAS, ficticias o fraudulentas hechas al estado o al municipio. Quien haga o presente a cualquier empleado, departamento, agencia o instrumento público del estado o de cualquier subdivisión política del mismo, cualquier reclamación al o en contra cualquier departamento, agencia o instrumento público del estado o cualquier subdivisión política de la misma, sabiendo que dicha reclamación es falsa, ficticia o fraudulenta, será castigada con una multa no superior a dos mil dólares o con encarcelamiento en la prisión estatal por no más de cinco años, o en la Casa de Corrección no más de dos años y medio, o ambas cosas. ***El fraude criminal (tergiversación de información para recibir beneficios WIC) según la ley federal impone una multa de hasta \$25,000 dólares o hasta cinco años de prisión, o ambas cosas.***

Yo he provisto la información correcta para determinar mi elegibilidad (identidad, residencia, tamaño del hogar de \_\_\_\_\_, ingreso bruto de todos los que trabajan en mi hogar, manutención de hijos, ingresos de alquiler, y cualquier otro recurso de ingresos.

Yo comprendo que publicando las formulas/comidas de WIC por el internet a través de Craigslist, Facebook, etc. con la intención de vender los beneficios de WIC, intercambiar o regalar las formulas/comidas resultara en descalificación de usted o sus hijos por hasta un año y medidas legales para repagar el valor en efectivo de esos beneficios.

Yo Comprendo que tengo que regresar cualquier fórmula/comida que no utilicé a la clínica de WIC.

Yo le notificare al personal de WIC si recibo formula de MassHealth o de otras compañías de seguro. Los empleados de WIC podrán verificar la información que yo he dado para la determinación de mi elegibilidad

Participante/Padre/Guardián/Representante: \_\_\_\_\_

Iniciales de Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# OPORTUNIDAD PARA REGISTRARSE COMO VOTANTE – FORMULARIO DE DECLINACIÓN

## Parte A

Si no está registrado(a) para votar donde usted vive actualmente, pero es elegible para registrarse para votar, **¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy?**

Sí                       No                       Ya estoy registrado(a) donde vivo actualmente

(Si usted está registrado(a) para votar donde vive actualmente y no ha cambiado su dirección, **no** es necesario que se registre nuevamente.)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si no marca ninguna casilla, se supondrá que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

---

## OPORTUNIDAD DE SUSCRIBIRSE A ALERTAS POR CORREO ELECTRÓNICO – USO SOLO PARA PROGRAMAS LOCALES

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sí                       No                       Ya se ha inscrito para recibir alertas por correo electrónico

Firma de personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

